

TERAPIA JAKO PROCES WSPÓŁTWORZENIA NOWYCH ZNACZEŃ I OPOWIEŚCI. IDEE I PRAKTYKI NARRACYJNE

Barbara Józefik

Z punktu widzenia społecznego konstrukcjonizmu terapeuta (...) stał się jedynie jednym z uczestników konwersacyjnej i intersubiektywnej kreacji znaczenia nadawanego w terapii. W takim ujęciu terapii centralne stają się systemy znaczeń, dookoła których ludzie, poprzez uczestniczenie w dialogach, organizują swoje życie.

Goolishian i Anderson, 1991

Wprowadzenie. Uwagi na temat społecznego konstrukcjonizmu

Trudno przecenić znaczenie społecznego konstrukcjonizmu, gdy rozpatrujemy ewolucję myślenia systemowego i terapii rodzin zachodzącą w ostatnich kilkunastu latach, a zwłaszcza gdy bierzemy pod uwagę rozwój podejścia narracyjnego. Społeczny konstrukcjonizm jest stosunkowo młodym ruchem zaliczanym do ponowoczesności, który łącząc w sobie orientacje socjopsychologiczne, społeczno-polityczne i filozoficzne, stał się inspiracją dla nowych teorii i praktyk psychoterapeutycznych. Jego źródeł należy szukać w socjologicznych ideach Bergera i Luckmanna (1983), hermeneutyce Gadamera (1993) i Gergena (1996), w pracach Foucaulta (1987; 1999), czy wreszcie w dekonstrukcji Derridy. Założeniem społecznego konstrukcjonizmu jest to, iż rzeczywistość społeczna konstruowana jest przez dyskursy i wspólne działania. Formułując swoje epistemologiczne stanowisko, społeczny konstrukcjonizm przełamuje radykalne konstruktywistyczne ograniczenia, zwracając się w kierunku międzypodmiotowego wpływu języka i kultury oraz hermeneutycznej interpretacji tekstu (Pare, 1995). Berger i Luckmann (1983), opisując proces poznawania świata, przekonywająco przedstawiają wiedzę jako społecznie tworzoną konstrukcję. Poznanie i

wiedza są związane z kontekstami i uprzedzeniami historycznymi, kulturowymi i ideologicznymi, które są współtworzone poprzez rozmowy, współpracę, współdziałanie. Tym samym społeczny konstrukcjonizm stanowi alternatywę zarówno w stosunku do modernistycznych poglądów o poznaniu obiektywnym, jak i konstruktywistycznego radykalizmu zakładającego istnienie izolowanych indywidualnych konstruktów wiedzy. Oznacza to, iż społeczny konstrukcjonizm nie tyle obala konstruktywizm, ile zawiera go w sobie. Przyznając, iż biologiczna struktura naszego organizmu wyznacza sposób, w jaki spostrzegamy świat, jednocześnie zakłada, iż możliwe jest dzielenie się interpretacjami “tekstów” swojego doświadczenia i dalej, że to wspólnotowe interpretowanie współkonstruuje nasze widzenie rzeczywistości. W ujęciu tym podstawowe miejsce zajmuje więc interpretacja, znaczenie, a wydarzenia są spostrzegane jako mające raczej semantyczną niż logiczną, czy przyczynową organizację. Wymiar semantyczny przyjęty przez społeczny konstrukcjonizm otwiera refleksje nad językiem i kulturą. Jak pisze Pare:

“jeśli doświadczenie rozpatrywać jako tekst wspólnie interpretowany społecznie, wówczas język odgrywa zasadniczą rolę w ukazywaniu różnic, które światu nadają istnienie” (Pare, 1995, s. 6).

Oznacza to rozpatrywanie języka w ścisłym powiązaniu z kulturą. Kultury tworzące swoje realności poprzez język nie tworzą ich neutralnie, gdyż są “prześiknięte ideologią danego miejsca i czasu” (Pare, 1995, s. 7).

Narracje

Konsekwencją założeń społecznego konstrukcjonizmu, że rzeczywistość jest nie tylko doświadczana za pomocą języka, ale i przez język konstruowana, jest uznanie, iż umysł ludzki ujmuje rzeczywistość w formę opisów, narracji, interpretuje dziejące się zdarzenia jako określone historie, opowieści (Berger i Luckmann, 1983; Guttman, 1991; Gergen, 1996). Narracje jako sposób rozumienia rzeczywistości stanowią nieodłączny element podmiotowego bycia w świecie. Nie mamy innego sposobu opisanego przeżytego czasu jak tylko w formie opowieści. To strukturywanie doświadczeń w postaci opowieści porządkuje je i nadaje im sens. Narracje, którymi dana osoba zwykła opisywać życie swoje i innych, stają się

podstawą rozumienia doświadczenia, wpływają na to, jakie aspekty doświadczenia zostają dostrzeżone, a następnie wyrażone. Tak więc opowieść kształtuje życie, które toczy się zgodnie z opowieścią, którą miało się uprzednio (White, 1991). Narracje osób kształtowane są przez system wiedzy zawarty w kulturze, opowieściach, jakie dana społeczność wspólnie negocjuje i wykorzystuje dla nadania znaczenia swoim doświadczeniom. Możliwych jest wiele różnych opisów rzeczywistości, nie ma jednego prawdziwego czy obiektywnego. Opowieści uwzględniają przepływ czasu, czasowy wymiar doświadczenia i nasze wyrażanie tych opowieści.

Spółeczny konstrukcjonizm a praktyki terapeutyczne

Idee społecznego konstrukcjonizmu w radykalny sposób wpłynęły na sposób myślenia o terapii i jej praktyce. Tacy badacze amerykańscy, jak Harry Goolishian i Harlene Anderson z Galveston Family Institute, Lynn Hoffman z Armherst w Massachusetts, czy norweski terapeuta Tom Andersen w znaczący sposób przyczynili się do wprowadzenia tych idei w obszar terapii rodzin (Anderson i Goolishian, 1988; Goolishian i Anderson, 1991; 1992; Hoffman, 1991). Ze względu na ramy pracy zostaną w tym miejscu jedynie zaznaczone najistotniejsze aspekty tego procesu.

Nowe metafory

Idee społecznego konstrukcjonizmu, koncentrując swoją uwagę na dyskursie i współtworzeniu znaczeń, przyczyniły się do zakwestionowania metafory systemowej, tak jak była ona rozumiana w okresie cybernetyki I i II rzędu. Terapeuci rodzinni identyfikujący się z podejściem hermeneutycznym porzucili metafory cybernetyczne na rzecz metafory dialogu, zastępując pętle cybernetycznych sprzężeń zwrotnych pętlami konwersacji (Goolishian i Anderson, 1991). Osoby, rodziny rozumiane są teraz jako kultury tworzące opowieści (*storying cultures*), a relacje rodzinne widziane są jako "twórcze ekspresje tych, którzy współzamieszkują wspólnotę interpretacji" (*who co-inhabit an interpretive community*) (Pare, 1995, s. 13). Tak jak wszystkie kultury, rodziny opowiadają opowieści o tym, kim są, kim byli i kim będą. Narracje te mogą wyrażać

status quo, mając zarazem moc konstytutywną. Spostrzeganie rodziny jako kultury pozwala na zobaczenie jej opowieści w szerszym kontekście socjopolityczno-kulturowym, dzięki czemu możemy ją traktować jako subkulturę w szerszej kulturze. Umożliwia to włączenie problematyki władzy, przemocy, dominacji do dyskursu, co było trudne przy korzystaniu z metafory cybernetycznej, a co jest w metaforę kultury wpisane w sposób ewidentny. Dodatkowo widzenie rodziny jako kultury pozwala na połączenie jej życiowej opowieści z historycznym aspektem doświadczenia.

Proces terapii

Przyjmując kulturową, antropologiczną perspektywę, praktyki terapeutyczne zmieniły swój kierunek, stały się bardziej zorientowane na współpracę. Klienci są rozumiani w terminach ich twórczych możliwości, sił, które pozwalają im pokonać trudności. Centralnym punktem odniesienia staje się to, jak klient interpretuje swoją sytuację życiową, a w rezultacie jak ją konstruuje. Terapia jest w tym ujęciu rozumiana jako proces współtworzenia (*co-constructing*) nowych znaczeń. Problem czy konflikt nie jest rozpatrywany jako rzeczywistość zewnętrzna, a “zostaje powołany do życia przez opis, który nadaje mu takie, a nie inne znaczenie” (Barbaro de i Barbaro de, 1998, s. 66). Jak pisze Anderson i Goolishian:

“terapia jest działaniem lingwistycznym, w którym prowadzenie konwersacji o problemie jest procesem rozwijania nowych znaczeń i rozumień. Celem terapii jest uczestniczenie w konwersacji, która stale rozluźnia się i otwiera raczej, niż zacieśnia i zamyka. Poprzez konwersację terapeutyczną ustalone znaczenia i zachowania (*sens*, jaki ludzie nadają rzeczom i ich działaniom) dostają więcej miejsca, rozszerzają się, przesuwają i zmieniają. Nic więcej nie jest potrzebne” (Anderson i Goolishian, 1988, s. 381).

Autorzy ci zwrócili uwagę, że systemy organizują się wokół określonych problemów i/lub, że problemy te organizują system, podkreślając lingwistyczne aspekty tak rozumianych systemów. W tak ujmowanych systemach członkostwo jest uzgadniane wewnętrznie pomiędzy uczestnikami.

Relacja terapeutyczna

Opisywany proces oznacza zarazem zmianę w relacji terapeuta–klient, wyrażającą się w zakwestionowaniu wysokiego

statusu profesjonalisty czy też w przyjęciu przez niego pozycji nieeksperta. Postawa ta, po raz pierwszy wyraźnie ujawniana przez Harry'ego Goolishiana i Harlene Anderson, zakłada swoiste "niewiedzenie", dzięki któremu pojawia się przestrzeń na konwersację. Utrzymanie się w pozycji "niewiedzenia" pozostawia zarazem miejsce na uznanie klienta za eksperta w zakresie własnego życia. Poglądy terapeuty stają się opowieścią terapeuty, która nie jest uprzywilejowana w stosunku do opowieści klienta. W tym ujęciu terapeuta jest "mistrzem konwersacji, architektem dialogu, którego kunszt tworzy i utrzymuje konwersację dialogową" (Anderson i Goolishian, 1988, s. 384). Terapeuta, będący wiodącym uczestnikiem rozmowy, jest jedynie odpowiedzialny za tworzenie miejsca na dyskurs i "za stałe kierowanie rozmowy w kierunku dialogowym". Zdaniem autorów, stworzenie przestrzeni dialogowej można porównać do wymyślonej "Piątej Prowincji" z mitologii irlandzkiej: "jest to miejsce, w którym nawet najzwyklejsze rzeczy można było zobaczyć w niezwykłym świetle... neutralny grunt, na którym rzeczy mogły się oddzielić od wszelkiej stronniczości i uprzedzeń" (Anderson i Goolishian, 1988, s. 384).

Podjęcie narracyjne

Bazujące na ideach społecznego konstrukcjonizmu podejścia terapeutyczne określa się często jako podejścia narracyjne w bardzo szerokim tego słowa znaczeniu (Tokarska, 2002). Oznacza to, iż koncentrują się one na znaczeniu języka, kultury w tworzeniu i interpretowaniu wydarzeń, w nadawaniu sensu ludzkim doświadczeniom, na opowieściach klienta, ich interpretacjach i praktykach budowania znaczeń (*meaning-making practices*). W praktykach terapeutycznych, bazujących na tych założeniach, pytania kluczowe dotyczą tego, jak poszczególne osoby w rodzinie dochodzą do takiego, a nie innego obrazu świata, relacji rodzinnych, obrazu siebie i innych członków rodziny, jakie jest miejsce znaczących osób, istotnych momentów życia, kluczowych decyzji w podtrzymywaniu opowieści. Inne istotne kwestie to: czy zawartość treściowa rodzinnych narracji jest wspólnie ustalana, czy są one podatne na modyfikacje, zmiany, nowe informacje i nowe doświadczenia.

Wśród tak opisywanych podejść wyróżnić należy (Wet-chler, 1996):

1. Model zespołu reflektującego (*reflecting team*) (Anderson).
 2. Systemy oparte na współpracy językowej (*reflexive conversation*) (Anderson i Goolishian).
 3. Postmediolańską terapię rodzin (Cecchin, Boscolo).
 4. Podejście zorientowane na rozwiązanie (*solution-focused practice*) (de Shazer).
 5. Terapię narracyjną (*narrative therapy*) (White, Epston).
- Podejścia te zostaną poniżej omówione, ze szczególnym zwróceniem uwagi na terapię narracyjną White'a.

Model zespołu reflektującego

Model zespołu reflektującego został wypracowany przez norweskiego psychoterapeutę Toma Andersena, chociaż on sam często odwołuje się do wielu autorów, których prace stały się dla niego inspiracją. Wśród najważniejszych należy wymienić Goolishiana, Anderson, Batesona, Maturanę, Bachtina, Bulow-Hansen, Wygotskiego. Szczególnie częste odniesienia do Goolishiana i Anderson pokazują, w jak dużym stopniu wykorzystuje on idee zespołu z Galveston. Czerpanie z różnorodnych źródeł pozwoliło Andersenowi na sformułowanie własnego podejścia to terapii (Andersen, 1990; Barbaro de i Barbaro de, 1998). Traktując problem jako konstrukt językowy, zasadnicze znaczenie nadaje on dialogowi terapeutycznemu. Wychodząc z perspektywy społecznego konstrukcjonizmu i przyjmując, iż jest tyle opisów sytuacji, ile osób obserwujących, zaproponował rewolucyjną w swojej prostocie modyfikację dotyczącą sposobu prowadzenia rozmów, tak aby dostarczyły one jak największej ilości opisów. Zaprasza on do udziału w spotkaniu dodatkowych obserwatorów, którzy przysłuchują się rozmowie terapeuty z rodziną, tworząc tzw. zespół reflektujący. W trakcie spotkania dzielą się oni swoimi komentarzami na temat rozumienia sytuacji rodzinnej. Stwarza to przestrzeń na pojawienie się nowych opisów, z których członkowie rodziny mogą wybrać dla siebie te treści, które uważają za najbardziej dla siebie przydatne. Istotnym aspektem terapeutycznego podejścia Andersena stało się spostrzeżenie, że proces zmian zostaje zainicjowany wtedy, gdy w rozmowie utrzymana jest tzw. optymalna różnica. Oznacza to, iż to, co się dzieje na spotkaniu terapeutycznym, nie może być zbyt odległe od tego, czego doświadcza rodzina,

ani też zbyt bliskie ich rozumieniu. Stąd dla Andersena naczelną zasadą stało się poszanowanie integralności rozmówców, wrażliwość na wszystkie sygnały dyskomfortu, uwzględnianie oczekiwań osób, z którymi się spotyka terapeuta, akceptacja dla tych osób, które nie chcą rozmawiać, wolne tempo rozmowy pozwalające na reflektowanie zachodzącego procesu. Tak prowadzone spotkanie stwarza szansę na pojawienie się opisów, które mogą inicjować pomysły na zmianę sytuacji. Przedstawiane podejście ulega stałej ewolucji, jest ono twórczo rozwijane zarówno przez samego Andersena, jak i innych terapeutów. Jednym z nich jest Klaus Deissler, który koncentrując swoją uwagę na filozofii dialogu jako istocie terapii, podkreśla poetycką naturę tego procesu (Deissler, 1998).

Systemy oparte na współpracy językowej (collaborative language systems approach)

Jak to zaznaczono powyżej, podejście Toma Andersena pozostawało pod dużym wpływem prac Goolishiana i Anderson, stąd też w modelu terapii proponowanym przez tych ostatnich autorów odnajdujemy wiele idei i założeń wspólnych z Andersenem. Propozycja terapeutyczna Goolishiana i Anderson określana została jako konwersacja poddawana refleksji (*reflexive conversation*) (Friedman, 1993, za: Pare, 1995) czy też jako systemy oparte na współpracy językowej (*collaborative language systems approach*) (Wetchler, 1996). Jej założeniem jest przyjęcie, iż problemy są podtrzymywane w języku poprzez systemy zorganizowane wokół problemu i tym samym ich rozwiązanie dokonuje się poprzez rozmowę. Przyjmując postawę "niewiedzenia" (*not-knowing*), Goolishian i Anderson kwestionują zasadność konstruowania i podtrzymywania w umyśle terapeuty hipotez na rzecz stworzenia przestrzeni na rozmowę, w której mogą pojawić się nowe znaczenia. Ich zdaniem, problem zostaje rozwiązany, gdy system zorganizowany wokół problemu wytworzy nowe rozumienie sytuacji i zgodnie z tym nowym rozumieniem podejmie działania. Kwestionując wcześniejsze modele terapii, badacze opowiadają się więc za psychoterapią rozumianą jako dziedzina semiotyki. Jak piszą:

"proces taki [psychoterapia] musi się opierać na wzajemnym zrozumieniu, szacunku, chęci słuchania i usłyszenia, i na otwartości, której przyświeca szukanie raczej słuszności tego, co powiedziane, niż patologii. To jest istota rozmowy terapeutycznej, jest to pogląd,

który opiera się mocno na założeniu, że kwintesencja tego, czym jesteśmy i czym będziemy, jest dialogowa. Kunszt terapeuty zakorzeniony jest i definiowany przez zdolność do zaryzykowania uczestniczenia w dialogu i konwersacji oraz zaryzykowania zmieniania się”.

Postmediolańska terapia rodzin

Postmediolańska terapia rodzin utożsamiana jest z pracami Cecchina i Boscolo z okresu po podzieleniu się zespołu. W pracach tych analizie poddany zostaje proces terapii oraz pozycja terapeuty (Cecchin, 1995, za: Barbaro i Górniak, 1995). Teoria rodziny przestaje być tym samym obszarem ich zainteresowania. Cecchin (1995) przyjmuje, iż terapeuta nie ma możliwości zmienienia rodziny zgodnie z własnym modelem, czy dostosowywania jej do jakiejś doktryny, może jedynie oferować własne rozumienie sytuacji tak, aby się stało częścią wspólnego dialogu. Uważa, iż ważne jest, aby terapeuta rodzinny podtrzymywał w sobie stan zaciekawienia sytuacją rodziny, opowieściami poszczególnych osób w rodzinie. Jego zdaniem, postawa ta pozwala na poszukiwanie różnych punktów widzenia, na zadawanie pytań, dzielenie się swoimi hipotezami, które cyrkularnie wzmacniają ten proces w rodzinie. Jest to jednocześnie nowe rozumienie postawy neutralności terapeuty. Cecchin proponuje także, aby terapeuta zawieszał, lekceważył swoje poglądy, gdyż jest to sposób, który pozwala unikać czy ograniczać własną stronniczość, narzucanie własnego rozumienia rodzinie (Cecchin, 1995, za: Barbaro i Górniak, 1995). Podkreśla, że terapeuta, nie mając możliwości pozostawania obiektywnym metaobserwatorem, staje się istotnym fragmentem systemu, który tworzy z rodziną. To sprawia, iż ma on większą świadomość istnienia różnych kontekstów i punktów widzenia, tym samym traktuje swoje rozumienie problemów rodziny jako jedną z możliwych opcji. W pracy z rodziną pozwala to na utrzymywanie postawy zaciekawienia tym, jak różne osoby w rodzinie konstruują własne doświadczenia, jak różne prawdy, często wzajemnie sprzeczne, koegzystują obok siebie. Cecchin uważa, iż rodzina zgłaszająca się do terapii przynosi “scenariusze”, opowieści, które są dla niej ważne, mimo iż w danym momencie nie są użyteczne. Zadaniem terapeuty jest poszukiwanie nowych scenariuszy, które staną się inspiracją do zmian. Terapia staje się dialogiem, w którym negocjowane są nowe warianty rodzinnych opowieści.

Podejście zorientowane na rozwiązanie

Podejście to jest identyfikowane z praktyką de Shazera, chociaż rozwijane było także przez innych badaczy skupionych w Brief Family Therapy Center w Milwaukee.

Terapia zorientowana na rozwiązanie nie interesuje się mechanizmem powstawania problemów ani okolicznościami, w jakich się one ujawniają, przeciwnie uwaga terapeuty skoncentrowana jest na tych niezwykłych momentach, kiedy problem nie występuje, a celem takiego działania jest zintensyfikowanie tych wyjątkowych sytuacji (de Shazer, Berg, 1992, za: Wetchler, 1996). Podejście to zakłada, iż istnienie problemu powoduje zawężenie perspektywy, utrzymywanie się jednego opisu sytuacji, co ogranicza dostrzeganie zachowań, które sprzyjają niewystępowaniu problemu, a które częściej stosowane mogłyby przynieść zmianę. Celem terapeutycznych oddziaływań staje się to, aby klient zaczął myśleć i mówić inaczej o problemie, a więc by zmienił się opis sytuacji określanej wcześniej jako problem. Tym, co wprowadza zmianę, jest uświadomienie sobie, że problem nie występuje zawsze, a więc, że istnieją sytuacje, które są kontrolowane przez osobę, a nie przez zachowanie problemowe.

Podejście to stosuje trzy zasadnicze techniki, a mianowicie: wyjątki (*exceptions*), pytanie o cud (*miracle question*) i dokonanie oceny ilościowej na skali (*scaling*) (Wetchler, 1996).

Technika pierwsza zasadza się na zadawaniu pytania o sytuacje, w jakich problem się nie pojawia, czy też nie występuje uczucie niezadowolenia lub cierpienia. Zidentyfikowanie tych wyjątkowych momentów ma na celu z jednej strony ilustrowanie możliwości, w której osoba nie doświadcza problemu, z drugiej zachęcenie jej do kontynuowania tych wyjątkowych sytuacji.

Technika druga polega na wyobrażeniu sobie sytuacji hipotetycznej. Terapeuta zadaje następujące pytanie: Załóżmy, że pewnej nocy wydarzy się cud i podczas snu problem zniknie. Po czym to pani, pan pozna? Co się wówczas zmieni? Co będzie innego, nowego? Zadanie tych pytań ma na celu opisanie, jakie dostrzegalne zmiany powinny zaistnieć, aby osoba dostrzegła różnicę w swojej sytuacji. Po sprecyzowaniu tych różnic, ich osiągnięcie staje się celem terapii.

Oszacowania mają na celu określenie na wyobrażonej skali (np. od 1 do 10) uczuć, pragnień, zachowań. Na przykład, jeśli osoba określi swoją złość na 7, terapeuta pyta, czy coś zmie-

niłoby się w życiu tej osoby, gdyby złość zajmowała 5 punktów na tej wyobrażeniowej skali. Proces ten ułatwia dokonanie oceny, jak duża zmiana jest konieczna, aby została przez osobę dostrzeżona jako zmiana istotna. Dodatkowo zwiększa to możliwość dokonywania przez terapeutę eksternalizacji problemu i modyfikowania zachowań.

Terapia zorientowana na rozwiązanie łączy w sobie, poza ideami społecznego konstrukcjonizmu, elementy terapii ericksonowskiej. Nie dzieląc tradycyjnego sposobu myślenia o diagnozie i leczeniu, kieruje swoją uwagę na możliwości klienta, na poszukiwanie rozwiązań przez identyfikowanie tych zachowań (i ich powtarzanie), których występowanie powiązane jest z brakiem problemów.

Terapia narracyjna White'a

W terapii narracyjnej reprezentowanej przez White'a, a także Epstona opisane wcześniej idee społecznego konstrukcjonizmu znajdują pełną realizację (White i Epston, 1990). Ich prace, szczególnie prace White'a, pozostają po dużym wpływie myśli Foucaulta, stąd wiele miejsca w jego tekstach zajmuje problematyka władzy, analiza praktyk jej sprawowania, opisy opresji, w jakich znajdują się osoby podzielające pewne przekonania kulturowe. Foucault w swoich historycznych analizach precyzyjnie dowodzi, że rozumienie zjawisk społecznych w danych okresach jest zdeterminowane przez obowiązujące dyskursy (Foucault, 1987; 1999). Analizując praktyki współczesnej psychiatrii i terapii, ujawnia, jak profesjonaliści zostali upoważnieni przez naszą kulturę do używania wiedzy naukowej poprzez diagnozowanie i klasyfikowanie. To "używanie" staje się "nadużywaniem" z powodu totalizujących efektów etykietowania i praktyk wykluczających, które towarzyszą etykietom. Obiektem refleksji White'a, jego uwrażliwienia na możliwość znajdowania się w "opresji przekonań podzielanych przez innych" i w końcu podejmowanych przez niego działań dekonstrukcyjnych stają się więc także profesjonalne oddziaływania i procedury.

Terapia White'a i Epstona jest określona jako terapia narracyjna zarówno w szerokim, jak i wąskim tego słowa znaczeniu (Tokarska, 2002). Autorzy w swoich założeniach odwołują się do prac Brunera, Gergena, wskazujących na znaczenie narracji w nadawaniu sensu swoim doświadczeniom, podtrzymywaniu poczucia ciągłości własnego życia, porządkowaniu wydarzeń życia codziennego, przewidywaniu

przyszłości (White i Epston, 1990; White, 1991). Punktem wyjścia dla proponowanej przez White'a i Epstona praktyki terapeutycznej jest przekonanie o ścisłym związku między sposobem, w jaki osoba opowiada o sobie i o własnym życiu, a rozumieniem i doświadczaniem siebie. White uważa, że własna opowieść osoby (tzw. opowieść dominująca – *dominant story*), na którą składa się opis historii życia, perspektyw, planów, możliwości, kształtowana jest w określonym kontekście rodzinnym i kulturowym i oparta jest na przesłankach, oczekiwaniach, które potwierdzają wcześniejsze przekonania. W ten sposób np. dziecko, które jest określone przez rodzinę jako niezaradne i wymagające pomocy, będzie swoimi zachowaniami potwierdzało tę opowieść o sobie, rezygnując z odpowiedzialności. Zdaniem White'a, zachowania różniące się od obowiązującej opowieści, czyli, jak nazywa to autor, szczególne rezultaty, wyjątki od reguły, jedyne w sobie osiągnięcia (*unique outcomes*), są i przez osobę, i przez jej otoczenie niedostrzegane, bagatelizowane (White, 1991). Proces ten jest szczególnie wyraźny, gdy analizujemy sytuację osób, których zachowania zostały poddane procedurze psychiatrycznego diagnozowania. Osoby z diagnozą psychiatryczną stopniowo oddają własną władzę i odpowiedzialność na rzecz rodziny. Przejęcie przez rodzinę odpowiedzialności nie rozwiązuje sytuacji, a jedynie wzmacnia opisany proces, co powoduje, że osoba nazwana pacjentem staje się coraz mniej odpowiedzialna za swoje życie, cele, wybory, zachowania. Celem terapii narracyjnej staje się analiza i dekonstrukcja tej opowieści, narracji, która powoduje trudności w życiu pacjenta i jego rodziny, w celu "przepisania" jej na nowo (*re-storing*), na opowieść bardziej wyrażającą potrzeby i możliwości osoby. Proces ten, określony przez White'a jako reautoryzacja (*re-authorising*) pozwala na bycie autorem własnej opowieści, bycie autorem własnego życia (White, 1991). Zdaniem White'a, istotnym aspektem procesu terapii jest wyposażenie osoby czy rodziny w siłę (*empowering*), która pozwoli jej na stworzenie innych, nowych opisów pozwalających na wydostanie się z opresji współtworzonych przez stare opowieści (White, 1991).

White, poprzez odwołanie się do analogii tekstu, proponuje procedurę, która dekonstruuje narrację wywołującą trudności osoby, rodziny, a następnie pracuje nad opowieściami alternatywnymi, nowymi w stosunku do poprzedniej. W procesie terapeutycznym terapeuci stosują różnorodne techniki, takie

jak: eksternalizacja problemu, metafory, pisanie listów, certyfikaty.

Eksternalizacja problemu polega na zadawaniu takich pytań, które doprowadzają do oddzielenia się osoby od objawów, dzięki czemu problemem staje się objaw, a nie osoba. Pierwsza grupa kluczowych pytań dotyczy wpływu, jaki choroba wywiera na życie osoby i rodziny, a także sytuacji, zachowań innych osób, które nieświadomie wzmacniają, podtrzymują zachowania objawowe. Zakładając, że problemem byłaby anoreksja, te przykładowe pytania mogłyby brzmieć następująco: Jaki wpływ wywiera anoreksja na twoje życie i relacje rodzinne? W jaki sposób anoreksja ogranicza twoje możliwości? W jaki sposób zostałaś przez anoreksję schwytana w pułapkę? W jaki sposób zostałaś “zwerbowana” do takiego myślenia o sobie? Czy znasz inne osoby, które także wpadły w pułapkę takiego myślenia?

Druga grupa pytań poszukuje tych wyjątkowych sytuacji, w których osoba nie poddaje się problemowi. Przykładowo: “Jak to się stało, że w tamtej chwili zrobiłaś coś innego niż do tej pory? Jak to się stało, że w tamtej chwili nie dałaś się schwycić w pułapkę anoreksji? Co pomogło ci przeciwstawić się anoreksji? W jaki sposób doszło do tego, że podjęłaś ten krok? Jakie czyniłaś do tego przygotowania? Jakie zmiany zachodzące w innych obszarach twojego życia mogą mieć z tym związek? Jak sądzisz, w jaki sposób owe zmiany w innych obszarach mogły ci ułatwić podjęcie tych kroków? Jakie zachowania twoich rodziców wspierają twoją siłę przeciwstawiania się anoreksji? Jak inni mogą ci pomóc, gdy przeciwstawiasz się anoreksji?”

Niekiedy objaw jest personifikowany czy opisywany poprzez metaforę, aby bardziej podkreślić, w jakiej mierze stanowi on opresję dla osoby. Na przykład, nazwanie anoreksji potworem pozwala zadawać pytania takie jak: Kiedy ten potwór wygrywa z tobą, a kiedy ty wygrywasz z nim? Jakich sposobów używa on do walki z Tobą, jakich sposobów ty używasz do walki z nim? Inne metaforyczne określenia choroby, które z powodzeniem mogą być stosowane, to np. metafora sidła, pułapki, więzienia. Należy zaznaczyć, iż pytania z użyciem metafor wzmacniają proces eksternalizacji.

Inną techniką, często stosowaną przez White’a i Epstona, jest pisanie listów. White i Epston piszą swoje terapeutyczne listy, aby podkreślić znaczenie nowej opowieści wyłonionej w trakcie sesji terapeutycznej. Potwierdzają tym ważność szczególnych rezultatów (*unique outcomes*) i tych “stłumio-

nych” opowieści osoby, które są opisem sukcesów, przełamania trudności, osiągnięcia czegoś. Jest to sposób na zakwestionowanie dominującej narracji i przełamanie opresji, w jakiej znajduje się osoba. Jak zaznaczają autorzy, proces pisania jest ważny, gdyż opowieść napisana ma większą moc od opowieści wypowiedzianej. Kontynuacją tego założenia jest wydawanie klientom, pacjentom certyfikatów potwierdzających nowe opowieści i osiągnięte nowe umiejętności. White i Epston, zwracając uwagę na to, jak ważne w naszej kulturze są wszystkie formalne dokumenty poświadczające nabyte umiejętności, uważają, iż zjawisko to może być wykorzystane w terapii. Ich zdaniem, certyfikaty stanowią potwierdzenie zmiany, która wystąpiła w procesie terapii, zarazem zmianę tę utrwalając. Z tych powodów wręczanie certyfikatów ma charakter uroczysty, dzieje się w obecności innych osób. Certyfikaty podkreślają znaczącą rolę osoby w pokonaniu trudności i osiągnięciu sukcesu, wzmacniając tym samym jej poczucie wpływu na własne życie, poczucie odpowiedzialności i możliwości kształtowania relacji z innymi zgodnie w własnymi potrzebami.

White (1991), opisując swoje podejście, zwraca uwagę, iż proponowane przez niego procedury dekonstrukcyjne ułatwiają ludziom zdystansowanie się wobec tych stylów życia i myślenia, które są przez nich oceniane jako wyniszczające ich samych i ich bliskich. Jego zdaniem, dekonstrukcję umożliwia postawa ciekawości, zarówno terapeuty, jak i osoby, która korzysta z terapii, wobec tych wszystkich alternatywnych możliwości bycia inną osobą, które mogą się wyłonić w trakcie terapii.

Podsumowanie

Ponowoczesne idee aplikowane do obszaru psychoterapii przyniosły interesujące zjawiska, zarówno gdy rozpatrujemy teorie, jak i praktyki terapii, zrazem stanowiąc wyzwanie dla wcześniejszych założeń i rozstrzygnięć. Jak wskazuje Anderson (1996), zachodzące gwałtownie przemiany kulturowe powodują, iż konwencjonalne podejścia psychoterapeutyczne nie są wystarczające dla opisanie ich złożoności. Nowe idee podkreślające relacyjną naturę wiedzy i generatywną naturę języka pozwalają lepiej ująć i zrozumieć wielogłosowość, po-

lifoniczność świata. Rozwój konstrukcjonizmu społecznego i hermeneutyki skierował terapię w kierunku ludzkiego świata dialogu i dzielenia się znaczeniami. Terapeuta współtworzy konwersacje z ludźmi, rezygnując z roli eksperta koncentrującego swoją aktywność na stosowaniu interwencji. Trudno jest ocenić głębokie implikacje płynące z tych zmian. Tworząc nowy świat terapii, prowadzą one do nowych wyzwań, w tym do wyzwań natury etycznej. Goolishian i Anderson (1991) zwracają uwagę, iż zakwestionowanie metapowieści, które służyłyby za wskazówki w naszej praktyce, stawia nas w sytuacji, w której w miejsce szukania przyczyny i prawdy wyłania się etyka udziału, jako podstawowa wartość działania. Terapeuta ponosi współodpowiedzialność za etyczny wymiar relacji z drugą osobą, bez możliwości ukrycia się za teorią czy modelem. Tym samym, wbrew upraszczającemu, bazującemu na powierzchownej znajomości zjawiska opinii, terapię odwołujące się do postmoderny są szczególnie uwrażliwione na zagadnienia etyczne, problem odpowiedzialności, problem wolności. Co więcej, zwrócenie uwagi na polityczne aspekty terapii wnosi dodatkowe, nieco różne od podejścia antypsychiatrycznego rozumienie roli terapeuty jako przedstawiciela kultury (White, 1991). Szczególnie analiza sposobów, w jakie profesjonalści zwykli korzystać z wiedzy, której w duchu modernistycznej tradycji przypisywane są atrybuty "całościowości i uniwersalności", pozwala na nowe spojrzenie na terapię, której celem staje się dodatkowo dekonstrukcja władzy terapeuty. Wszystko to sprawia, iż wywodzące się z idei społecznego konstrukttywizmu terapie stanowią nie tylko interesujące propozycje dla nowych praktyk terapeutycznych, ale wprowadzając paradygmatyczną zmianę, zmuszają do zakwestionowania przyjętych poglądów i zobaczenia ich w kontekście kultury, czasu, w jakim żyjemy.

Piśmiennictwo

- Andersen T., 1990: *Basic ideas and concepts and practical constructions. W: The reflecting team. Borgman, Broadstaris*. Rozdział tłumaczony przez de Barbaro M. i de Barbaro B. na III Krajowe Sympozjum Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP, Kraków 2000. Materiały do użytku wewnętrznego.
- Anderson H., 1996: *Systemy oparte na współpracy: postmodernistyczne podejście do praktyki konsultacyjnej*. The Conference: The Social

- Poetics of Therapeutic Conversations, wykład, seminarium, Marburg.
- Anderson H., Goolishian H., 1988: *Human systems as linguistic system: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*. Family Process, 27, 4, 371–393.
- Anderson H., Goolishian H.A., Winderman L, 1986: *Problem determined systems: towards transformation in family therapy*. Journal of Strategic and Systemic Therapies, 5, 1–14.
- Barbaro B. de, Górniak L. (red.), 1995: *Gianfranco Cecchin. Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Wyd. Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków.
- Barbaro M. de, Barbaro B. de, 1998: *Tom Andersen i jego koncepcja teamu reflektującego*. Psychoterapia, 4, (107), 65–76.
- Bateson G., 1972: *Steps to an ecology of mind*. P.E. Dutton, New York.
- Bateson G., 1996: *Umysł i natura. Jedność konieczna*. PIW, Warszawa.
- Berger A., Luckmann T., 1983: *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Tłum J. Niżnik. PIW, Warszawa.
- Brunner J.S., 1992: *Życie jako narracja*. Kwartalnik Pedagogiczny, 2, 27–41
- Deissler K.G., 1998: *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie?* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Foucault M., 1987: *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. PIW, Warszawa
- Foucault M., 1999: *Narodziny kliniki*. Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Gadamer H.G., 1993: *Prawda i metoda*. Inter esse, Kraków.
- Gergen K.J., 1996: *The poetics of relationships*. The Conference: The Social Poetics of Therapeutic Conversations, wykład, seminarium, Marburg.
- Goolishian H.A., Anderson H., 1991: *Esej o zmianie teorii i zmianie etyki: spojrzenie historyczne i postrukturalne*. AFTA Newsletter, winter 1991, 46, 6–10.
- Goolishian H.A., Anderson H., 1992: *Strategy and intervention versus non-intervention: a matter of theory*. Journal of Marital and Family Therapy, 18, 1, 5–15.
- Guttman H.A., 1991: *System theory, cybernetics and epistemology*. W: Gurman A.S, Kniskern D.P. (eds.): *Handbook of Family Therapy*, vol. II. Brunner/Mazel, Publishers, New York.
- Hoffman L., 1991: *A reflexive stance for family therapy*. Journal of Strategic and Systemic Therapies, vol. 10, (3–4), 4–17.
- Pare A.D., 1995: *Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy*. Family Process, 31, 11–21.
- Tokarska U., 2002: *Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia*. W: Trzebiński J. (red.): *Narracje jako sposób rozumienia świata*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Wetchler J.L., 1996: *Social constructionist family therapies*. W: Piercy F.P., Sprenkle D.H., Wetchler J.L. and Associates (eds.): *Family Therapy Sourcebook*. The Guilford Press, New York, London, second edition.

White M., 1991: *Deconstruction and therapy*. Dulwich Centre Newsletter, 3, 21–40.

White M., Epston D., 1990: *Narrative means to therapeutic ends*. Norton, New York.